

Среди перитонитов различной этиологии особое место занимает панкреатогенный перитонит. Диагностике и лечению панкреатогенного перитонита в литературе уделено мало внимания. В начальной фазе панкреатита перитонит носит ферментативный характер, в последующем его источником становятся деструктивные формы острого панкреатита и его осложнения. Согласно литературным источникам, тяжелая степень панкреатогенного перитонита встречается приблизительно в 4% случаев. Лечебная тактика четко не определена. Летальность достигает 40-50% и обусловлена как основным патологическим процессом, так и его осложнениями, в том числе сепсисом. Диагностика некротической формы острого панкреатита весьма трудна, о чем свидетельствует тот факт, что для его распознавания существует более 80 тестов. Однако ни один из лабораторных и клинических тестов не дает возможности определить структурную форму острого панкреатита, распространенность парапанкреатического процесса. Только лапароскопическое исследование наиболее объективно позволяет установить морфологическую основу. В имеющихся публикациях недостаточно отражено динамическое развитие патологического процесса и его осложнений. Мы используем программированную панкреатоскопию, позволяющую уточнить не только диагноз, но и провести динамическое наблюдение за развитием патологических изменений в брюшной полости, парапанкреатической клетчатке, своевременно вмешиваться в зоны некротических поражений. Лапароскопия нами выполнена у 198 больных острым панкреатитом. Среди них отечная форма панкреатита и соответствующий характер перитонита выявлены у 32 (16%) пациентов, геморрагический панкреонекроз - у 71 (36%), жировой - у 46 (28%), смешанный - у 39 (20%) больных. Лапароскопия выполнялась по экстренным и срочным показаниям. У 109 больных взят выпот из брюшной полости на амилазу. Она оказалась повышенной в 2 и более раза, 83 (80%) больных, в то время как амилаза крови была повышенной только у 46 (44%) из них. При бакпосеве выпот сохранял свою асептичность в течение первых 3 суток от момента заболевания. Геморрагический характер выпота наблюдали при геморрагическом панкреонекрозе; гнойно-геморрагический или хилезный обнаружен при жировом и смешанном панкреонекрозе. Наряду с выпотом имелось увеличение печени, парез кишечника, особенно ободочной кишки. Висцеральная и париетальная брюшина тусклая, отечная, сосуды брюшины расширены. На сальнике, круглой связке печени определяли стеариновые бляшки от единичных до сплошных полей стеатонекроза. Желчный пузырь чаще был увеличенным, стенка его отечна. Программированная лапароскопия при деструктивном панкреатите выполнялась через специальную муфту, которая вшивалась в переднюю брюшную стенку. Она применялась в 1-е, 2-е, 3-е, 5-е сутки от момента заболевания. В первые сутки при деструктивном панкреатите в брюшной полости определялся геморрагический и гнойный выпот. Париетальная и висцеральная брюшина тусклая, сосуды ее расширены. Перистальтика кишечника отсутствует или просматривается в виде отдельных редких сокращений, петли расширены.

Шорох Г.П., Харлап И.А.,
Шиманский И.Б.

ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ

/ Минск /

На вторые сутки при смешанном панкреонекрозе наблюдались участки стеатонекроза различной локализации. На 3-и сутки количество выпота уменьшается, в местах его наибольшего скопления появляются нити фибрина, начинается слипчивый процесс между петлями кишечника и между органами. Спайки еще рыхлые и легко поддаются разрушению, желудок смещается вверх и влево в связи с формированием инфильтрата в зоне поджелудочной железы.

На пятые сутки отмечено прогрессирование слипчивого процесса между органами, органами и брюшной стенкой. В инфильтрат вовлекается желудочно-ободочная связка, поперечно-ободочная кишка. В дальнейшем начинается период формирования гнойных осложнений со стороны очагов деструкции поджелудочной железы.

Таким образом, динамическая лапароскопия позволяет установить морфологическую форму острого панкреатита, распространенность и динамику панкреатогенного перитонита, определить срок оперативного вмешательства на поджелудочной железе с последующей этапной эндоскопической некрэктомией.